

Quiste de Hattori: serie de casos que muestra sus características radiológicas y principales diagnósticos diferenciales

Óscar Felipe Gutiérrez Arteaga¹, Daniel Romeu Vilar¹, José Antonio Aramburu González¹, Pedro Gato Díaz¹, Joaquín Costa Subias¹, Eva Aguilar Rivilla¹, Gonzalo Díaz Ibero¹

¹Hospital Universitario de Getafe

Índice

1. Introducción.
 2. Epidemiología.
 3. Patogénesis y hallazgos histológicos.
 4. Clínica.
 5. Hallazgos radiológicos.
 6. Hallazgos intraoperatorios.
 7. Anatomía patológica.
 8. Diagnóstico diferencial.
 9. Tratamiento.
 10. Conclusiones.
-

Introducción

- Los quistes de Hattori son lesiones extremadamente raras de patogénesis incierta.¹
 - Esta entidad fue descrita por primera vez por Hattori en 2005 como un quiste localizado en el mediastino posterior.¹
 - Este trabajo tiene como objetivo presentar, a través de una serie de casos, los hallazgos característicos de esta patología en las diferentes pruebas de imagen, realizando una correlación anatomopatológica.
-

Epidemiología

- Se presentan predominantemente en mujeres entre los 40 y 60 años de edad.^{2,3}
 - La mayoría de los casos descritos corresponden a pacientes en período perimenopáusico y se han asociado con obesidad, antecedentes ginecológicos y terapia de reemplazo hormonal, lo que sugiere una posible influencia hormonal en su desarrollo.^{2,3}
-

Patogénesis y hallazgos histológicos

- Una de las hipótesis propuestas sugiere que estas lesiones se originan a partir de tejido mülleriano ectópico localizado en el mediastino posterior.^{2,4}
 - Inmunohistoquímica: expresión positiva para receptores de estrógeno y progesterona (ER y PR), y puede expresar PAX-8.^{2,3}
-

Clínica

- La mayoría son asintomáticos y suelen detectarse de forma incidental durante estudios de imagen realizados por otros motivos.^{2,3}
 - Algunos casos presentan síntomas torácicos inespecíficos: tos, dolor torácico, disnea y disfagia.^{2,3}
-

Hallazgos radiológicos

- Localización: región paravertebral entre los niveles vertebrales T3 y T8.^{2,8}
 - Radiografía de tórax: nódulos redondeados u ovalados bien delimitados.^{2,8}
 - TC: lesión quística bien delimitada, de pared delgada y con atenuación homogénea (0–20 UH). No muestra realce interno tras la administración de CIV. ^{2,8}
 - RM: baja intensidad de señal en secuencias ponderadas en T1 y alta intensidad de señal en secuencias T2. ^{2,8}
-

CASO 1

- Mujer 47 años, refiere dolor tipo pinchazo en región paravertebral izquierda.
-

CASO 1

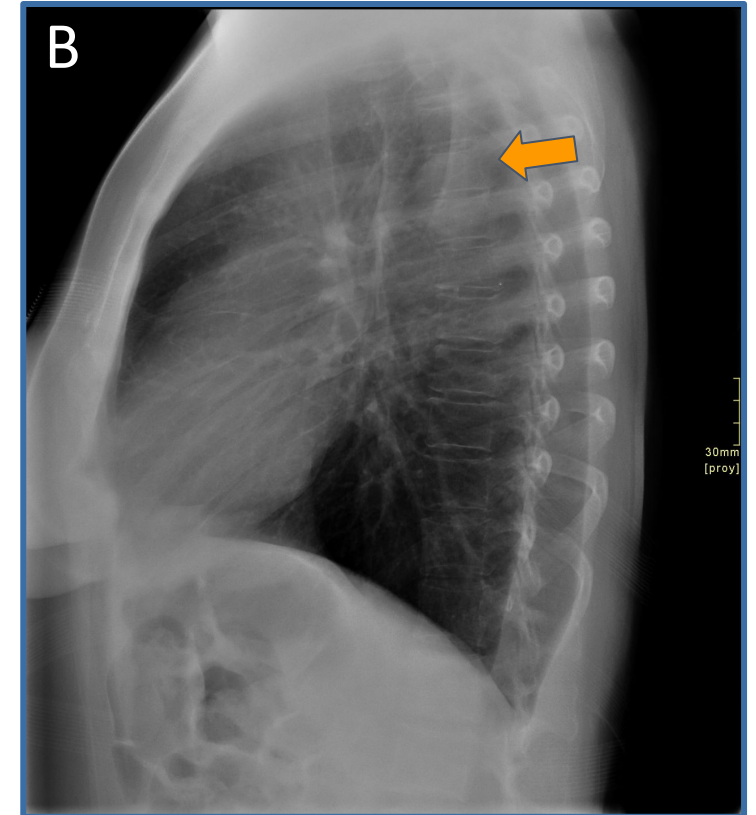
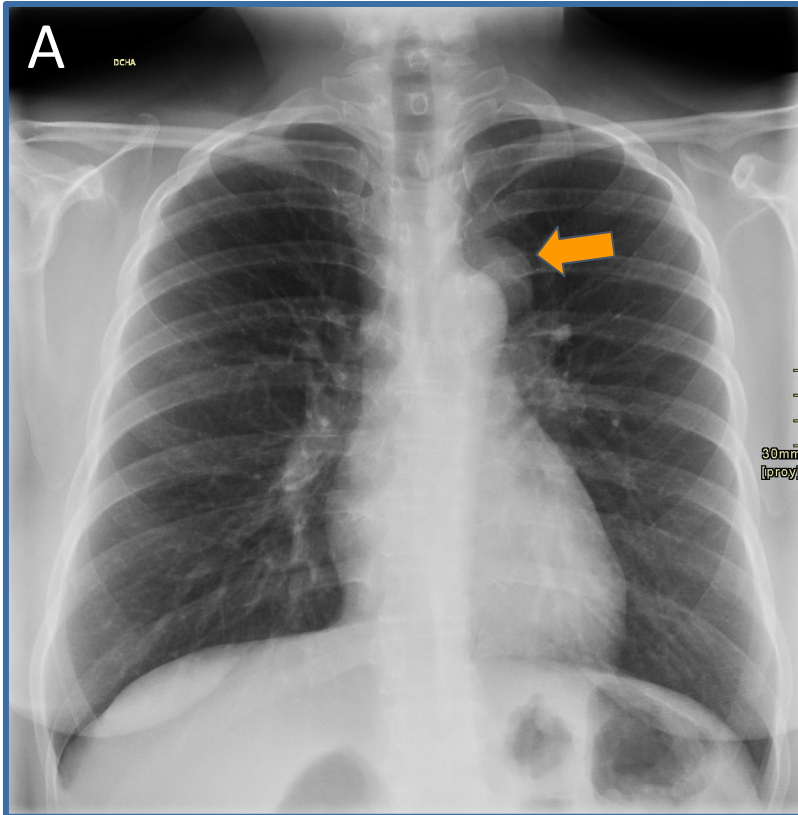


Figura 1. Radiografía de tórax posteroanterior (A) y lateral (B). Lesión redondeada de bordes bien definidos, que probablemente corresponda a una masa mediastínica posterior (flechas).

CASO 1

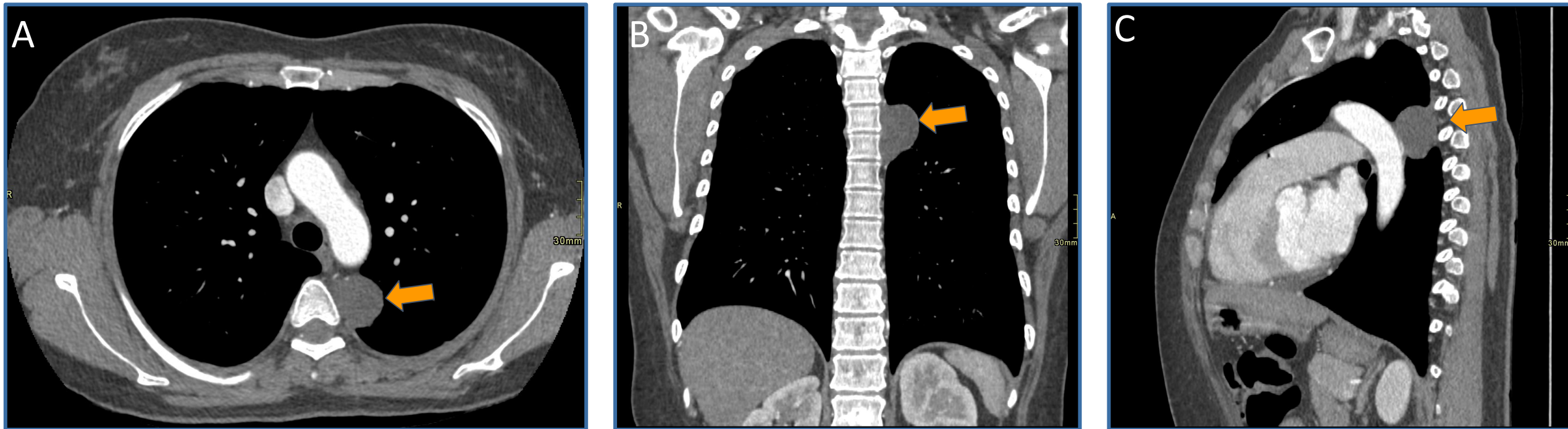


Figura 2. TC de tórax con CIV reconstrucción axial (A), coronal (B) y sagital (C). Lesión hipodensa, redondeada, de bordes bien definidos, sin realce de localización paravertebral izquierda (flechas).

CASO 1

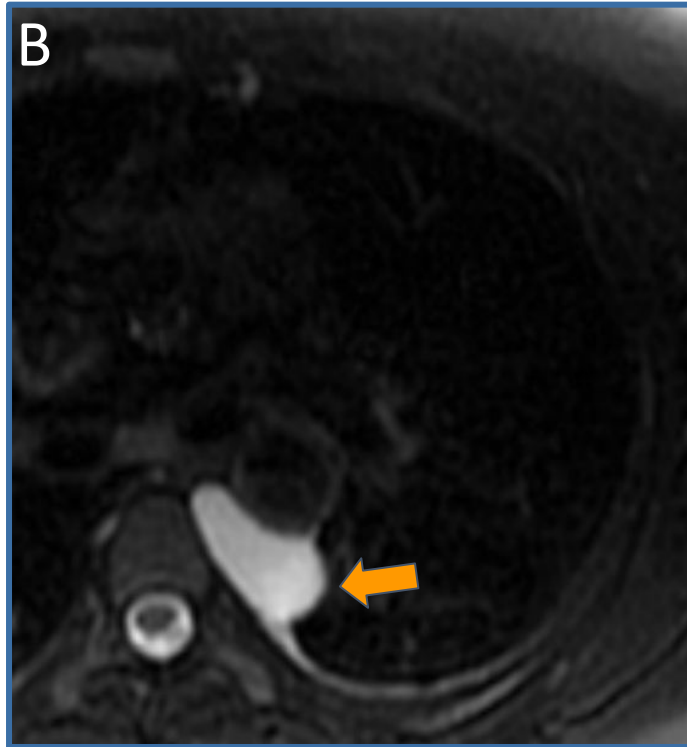
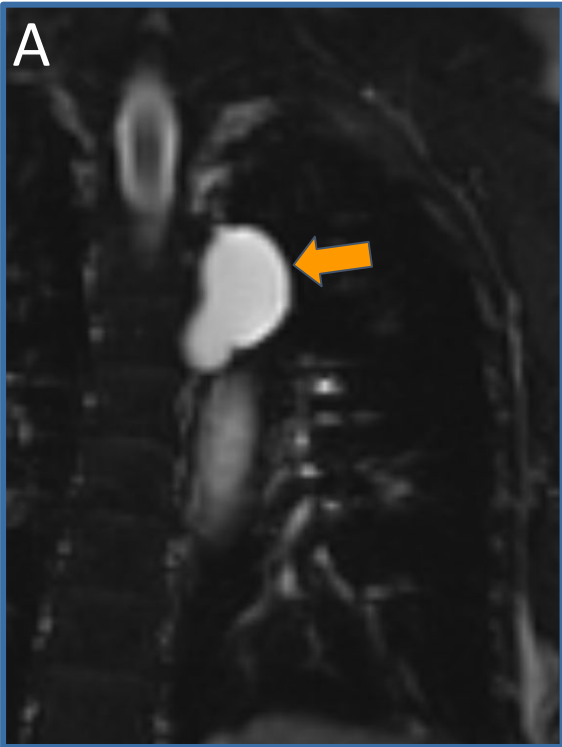


Figura 3. A. RM de tórax T2 coronal. Lesión hiperintensa de bordes bien definidos paravertebral izquierda (flecha).
B. T2 axial. Masa paravertebral izquierda de naturaleza quística, adyacente a la aorta descendente (flecha).
C. T1 coronal tras la administración de gadolinio. Lesión hipointensa sin captación de contraste (flecha).

CASO 2

- Mujer de 40 años, fumadora desde la juventud, con dolores torácicos sospechosos de costocondritis en pared torácica izquierda.
-

CASO 2

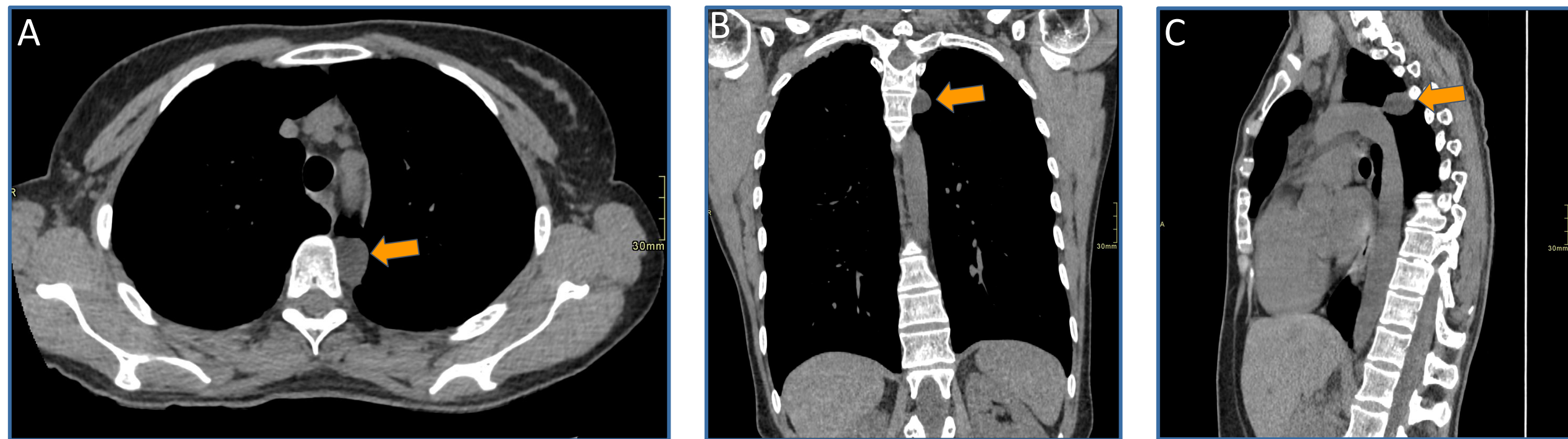


Figura 4. TC de tórax sin CIV reconstrucción axial (A), coronal (B) y sagital (C). Lesión hipodensa, ovalada, de bordes bien definidos, de localización paravertebral izquierda (flechas).

CASO 3

- Mujer de 45 años, dolor torácico tipo pinchazo de 15 minutos de duración. No asociado a esfuerzos.

CASO 3

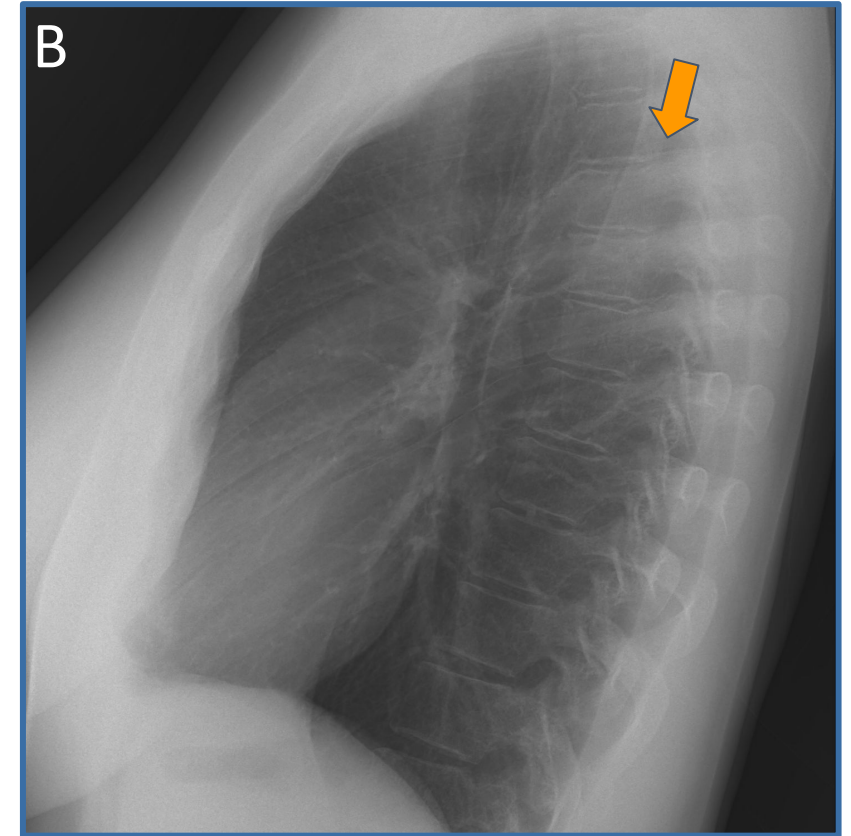
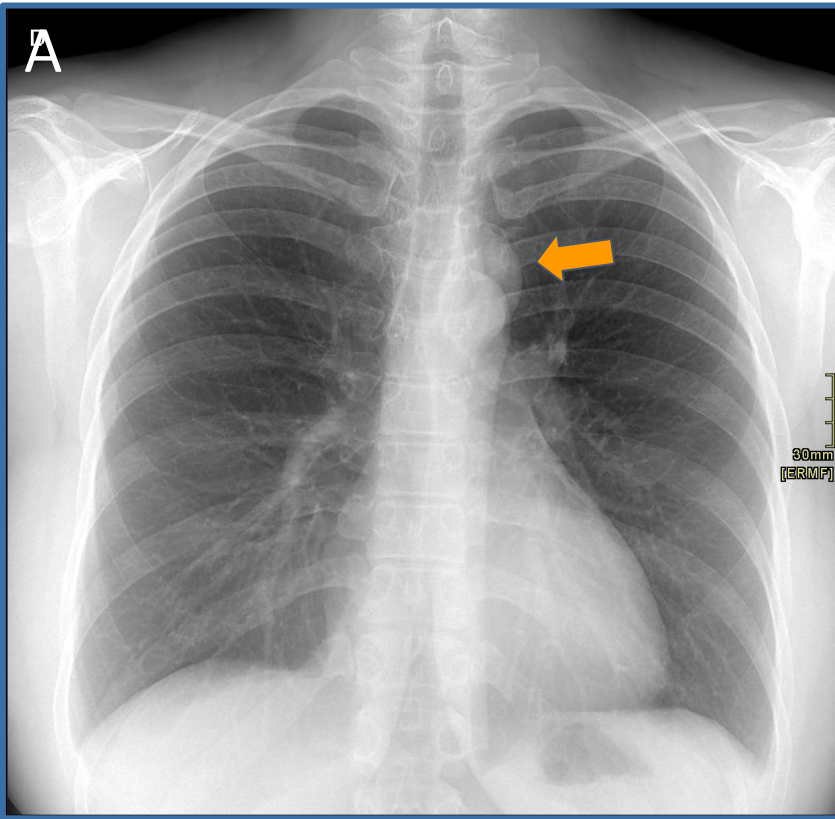


Figura 5. Radiografía de tórax posteroanterior (A) y lateral (B). Imagen nodular de contornos bien definidos, probablemente correspondiente a una lesión del mediastino posterior (flechas).

CASO 3

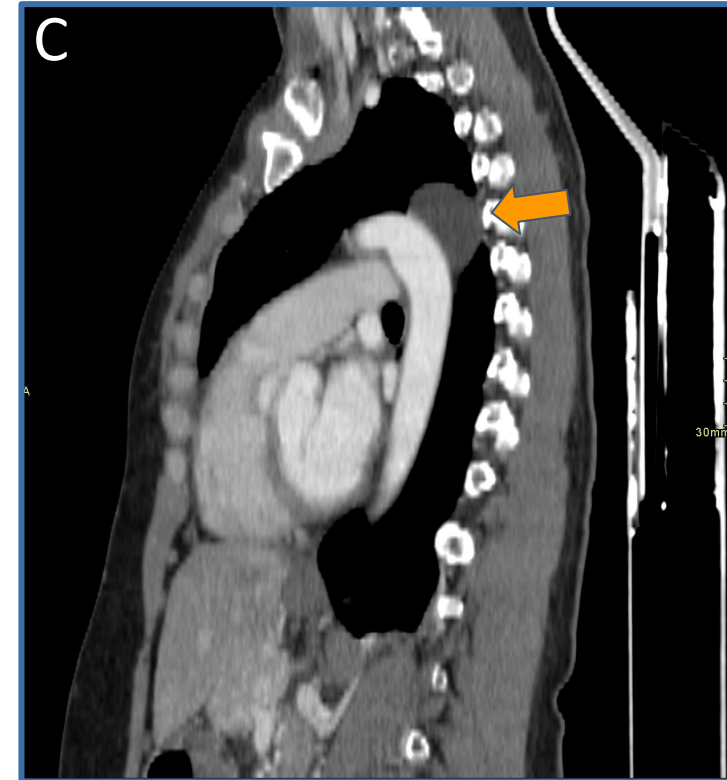
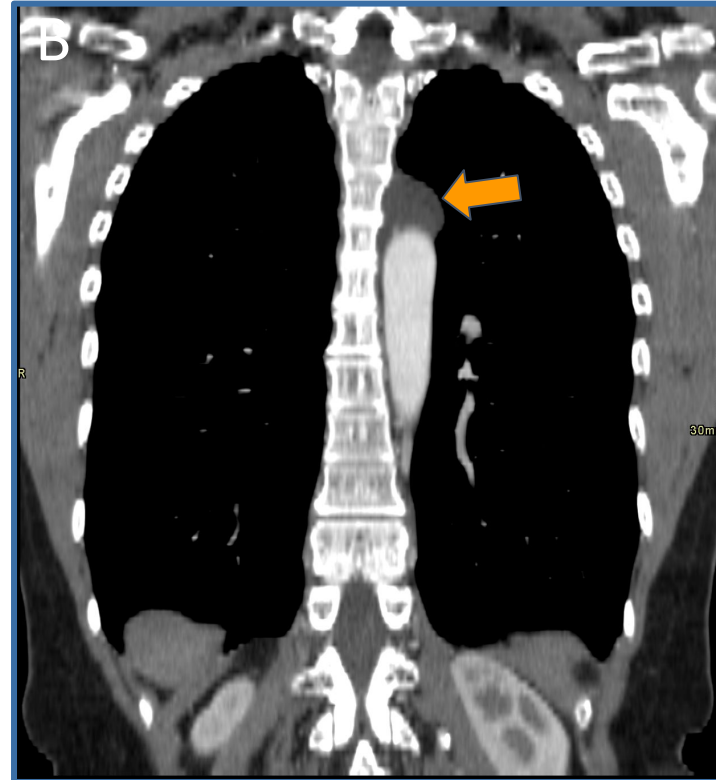
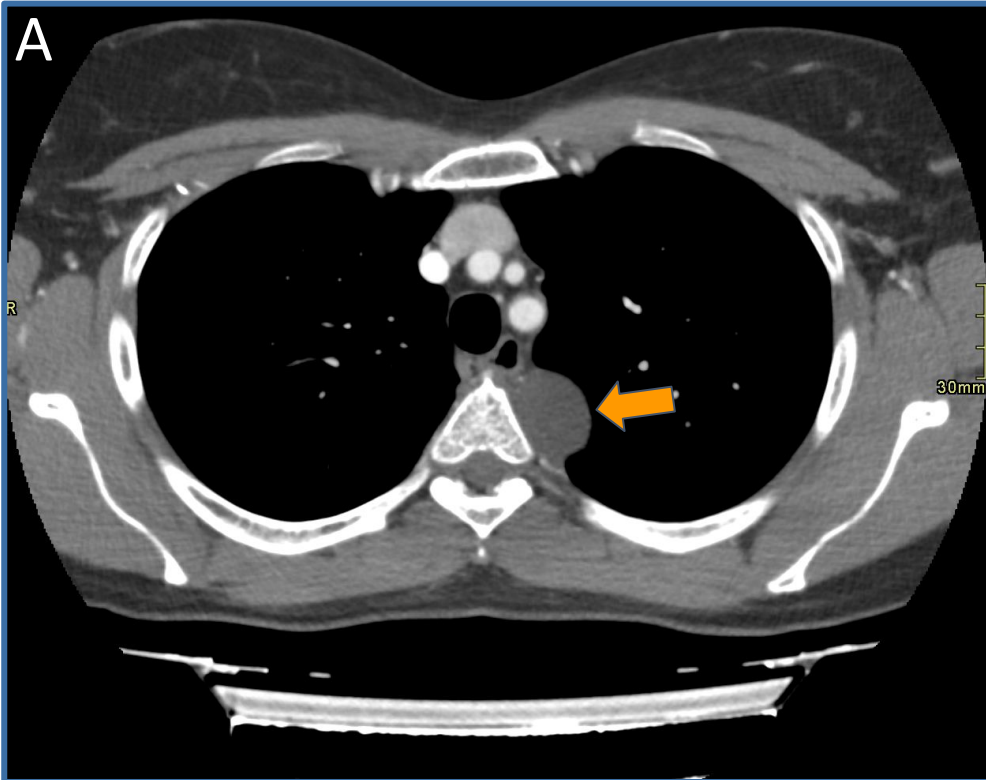


Figura 6. TC de tórax con CIV reconstrucción axial (A), coronal (B) y sagital (C). Lesión hipodensa, redondeada, de bordes bien definidos, posterior a la aorta descendente y sin realce tras la administración de contraste (flechas).

Hallazgos intraoperatorios

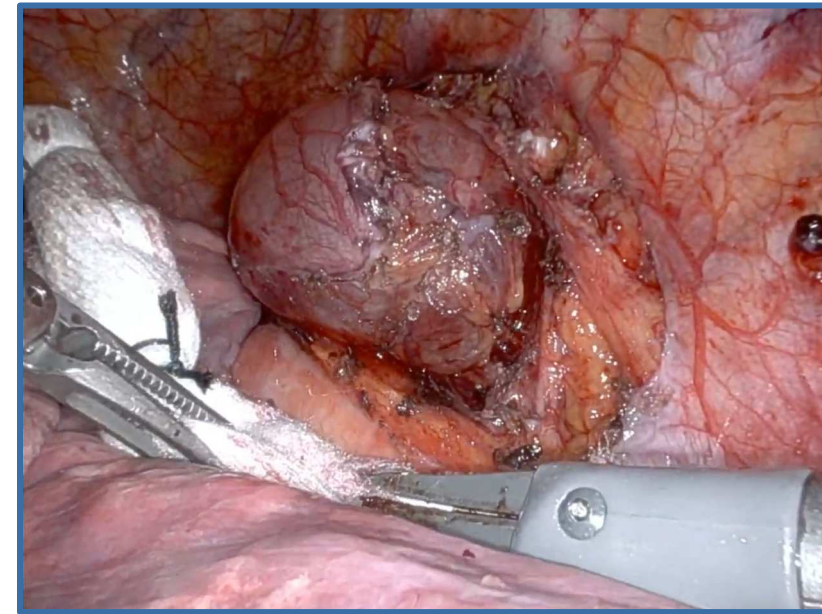
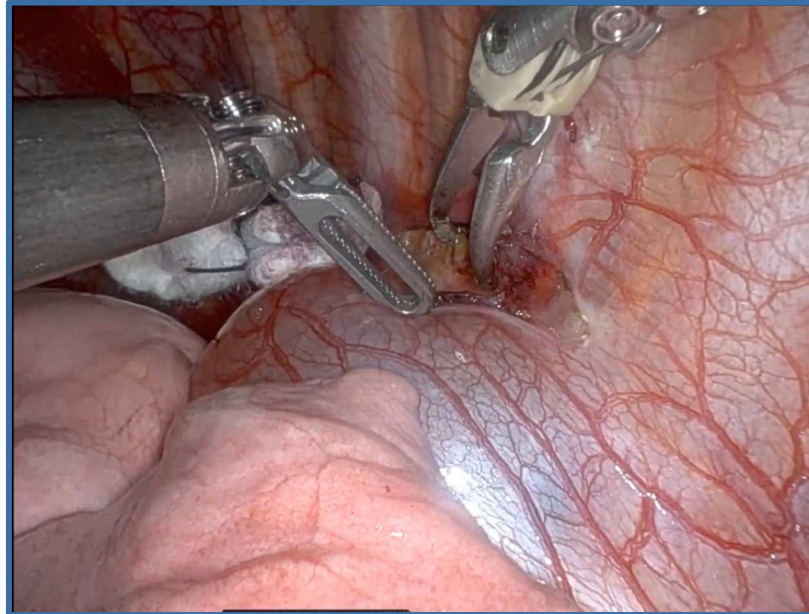
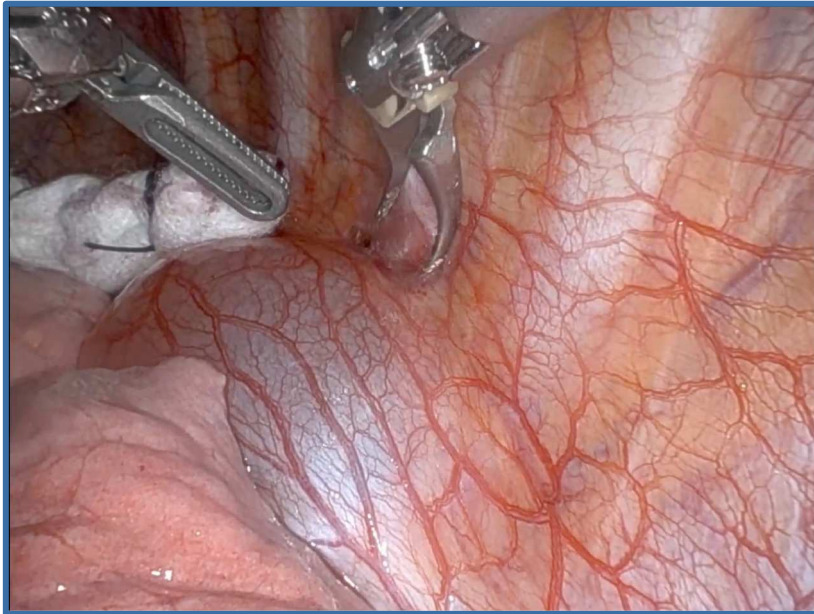


Figura 7. Resección de quiste de quiste de Hattori mediante cirugía torácica robótica.
Se observa lesión quística en el mediastino posterior.

Hallazgos intraoperatorios

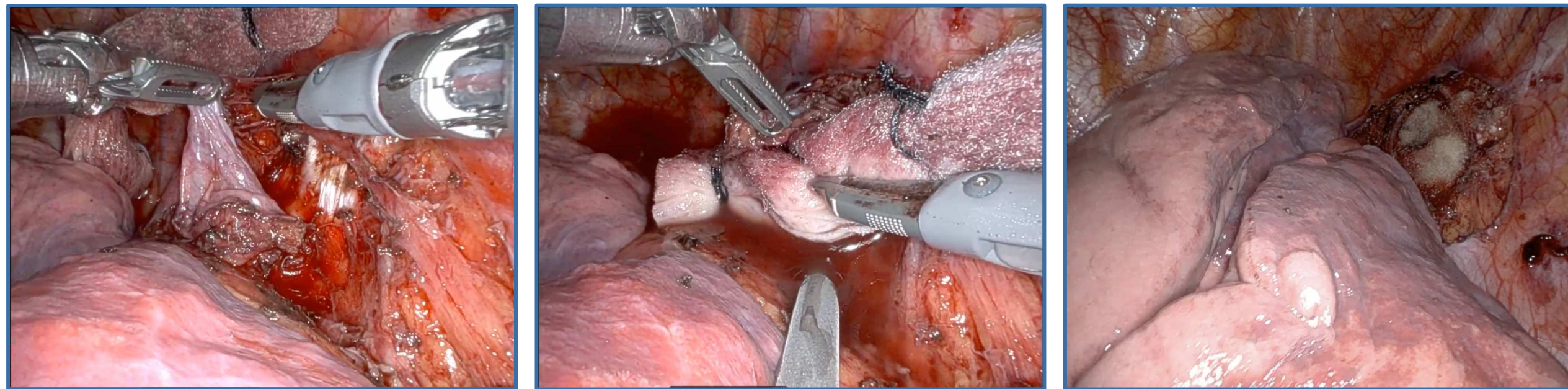


Figura 8. Resección de quiste de quiste de Hattori mediante cirugía torácica robótica.
Ruptura del quiste intraoperatoria: presencia de un líquido de aspecto claro en su cavidad interna.

Anatomía patológica

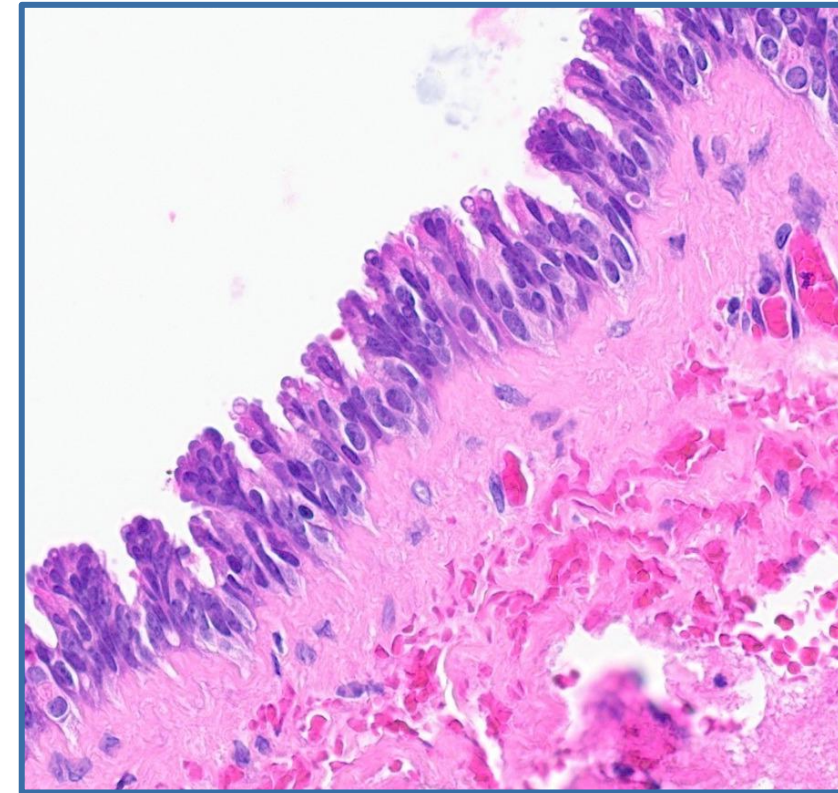
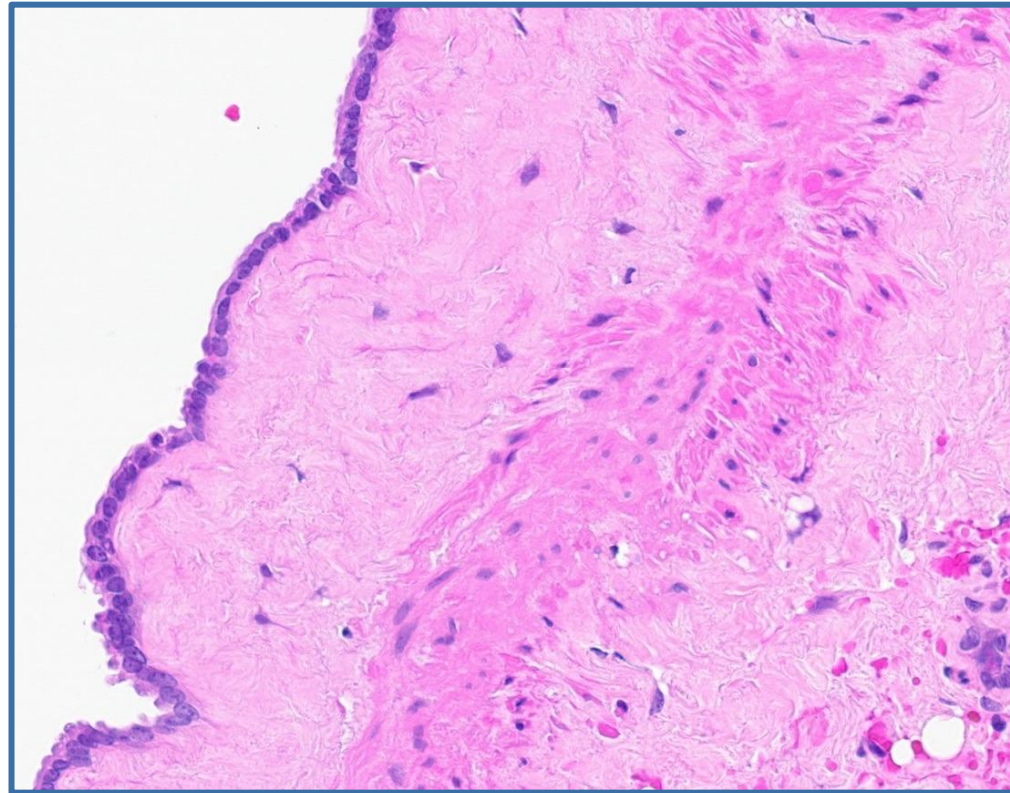
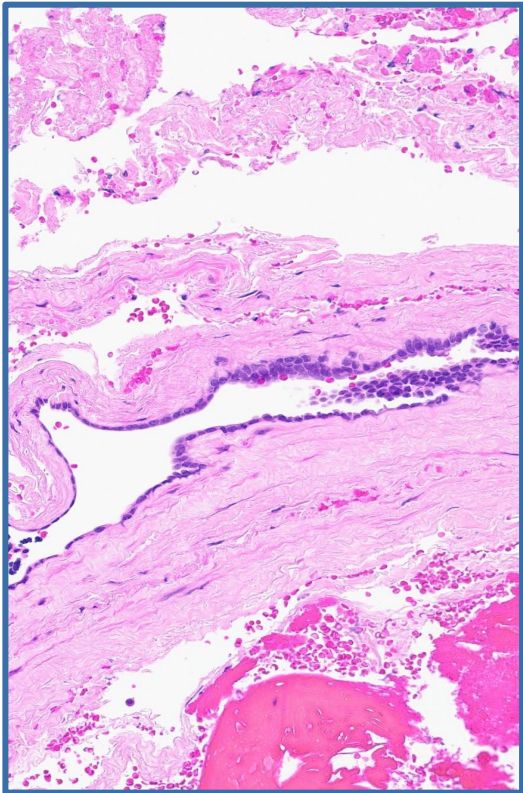
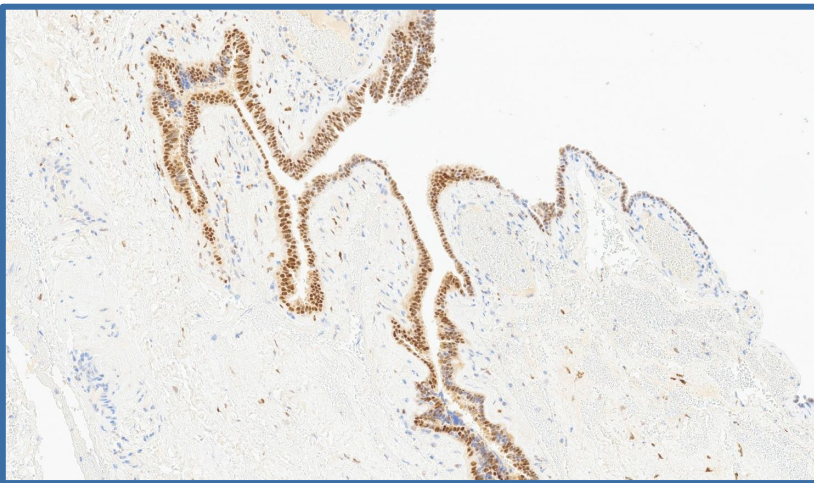
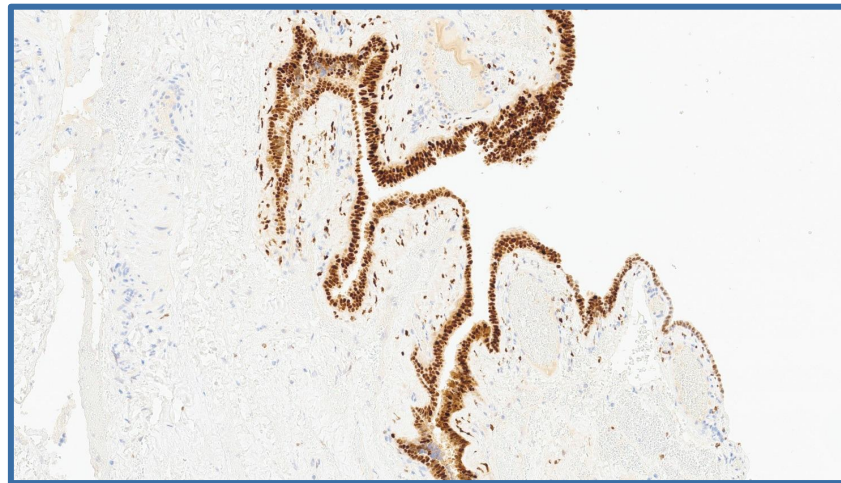


Figura 9. Tinción con hematoxilina eosina. Quiste de pared fibromuscular y revestimiento simple cilíndrico ciliado

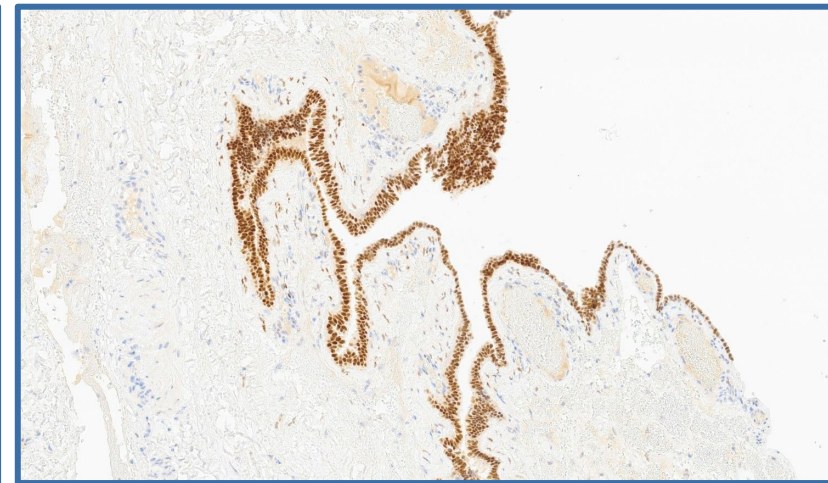
Anatomía patológica / Inmunohistoquímica



WT 1



ER



PR

Figura 10. Estudio de inmunohistoquímica. Positividad para WT1, Estrógenos y progesterona.

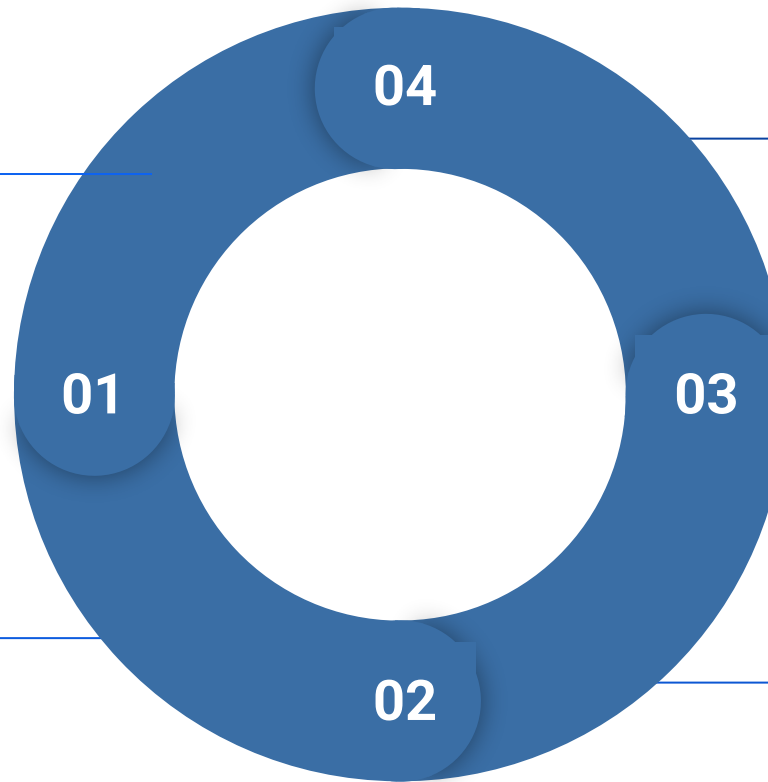
Diagnóstico diferencial

Quiste broncogénico

Morfología más redondeada y suelen tener mayor densidad.

Quiste neuroentérico

Densidad heterogénea.



Quiste pericárdico

Se localizan con mayor frecuencia en el mediastino anterior.

Quiste de duplicación esofágica

Suelen guardar una estrecha relación con el esófago.

Tratamiento

- Resección quirúrgica mediante toracotomía abierta o mediante técnicas mínimamente invasivas, como la cirugía toracoscópica asistida por vídeo (VATS) o toracoscópica asistida por robot.^{2,5,6}
-

Conclusiones

- Los quistes müllerianos del mediastino posterior (quistes de Hattori) son lesiones quísticas benignas y poco frecuentes que afectan predominantemente a mujeres en edad perimenopáusica. Generalmente son asintomáticos y se detectan de manera incidental en estudios de imagen.
 - La tomografía computarizada y la resonancia magnética desempeñan un papel fundamental en su caracterización.
 - El diagnóstico definitivo se establece mediante estudio histopatológico, que demuestra epitelio ciliado de tipo mülleriano con expresión positiva de receptores hormonales.
-

Bibliografía

1. Hattori H. Ciliated cyst of probable Müllerian origin arising in the posterior mediastinum. *Virchows Arch.* 2005;446(1):82–84. doi:10.1007/s00428-004-1087-0.
 2. Małkowski B, et al. Posterior mediastinal paravertebral Müllerian cyst (cyst of Hattori): literature review. *Adv Respir Med.* 2020;88:134–141.
 3. Shin JH, et al. CT findings of a Müllerian cyst originating from the posterior mediastinum: a case report. *J Korean Soc Radiol.* 2025;86(5):790–795.
 4. Simmons M, et al. High prevalence of estrogen and progesterone receptor expression in mediastinal cysts situated in the posterior mediastinum. *Chest.* 2005;128(5):3388–3390.
 5. Businger AP, et al. Thoracoscopic resection of multiple Müllerian cysts. *Ann Thorac Surg.* 2015;100:1898–1900.
 6. Nakashima T, et al. Robot-assisted thoracoscopic resection of a posterior mediastinal Müllerian cyst. *Case Rep Pulmonol.* 2018;2018:1424275.
 7. Jeung MY, et al. Imaging of cystic masses of the mediastinum. *Radiographics.* 2002;22:S79–S93.
 8. Carter BW, et al. Imaging modalities, indications, differential diagnosis and imaging characteristics of cystic mediastinal masses: a review. *Mediastinum.* 2023;7:3. doi:10.21037/med-22-31.
 9. Lee J, et al. Mediastinal cysts with Müllerian differentiation. *Respirol Case Rep.* 2018;6(5):e00324.
 10. Shin JH, et al. CT and MRI characteristics for differentiating mediastinal Müllerian cysts from bronchogenic cysts. *Clin Radiol.* 2019;74(12):976.e19–976.e25.
-